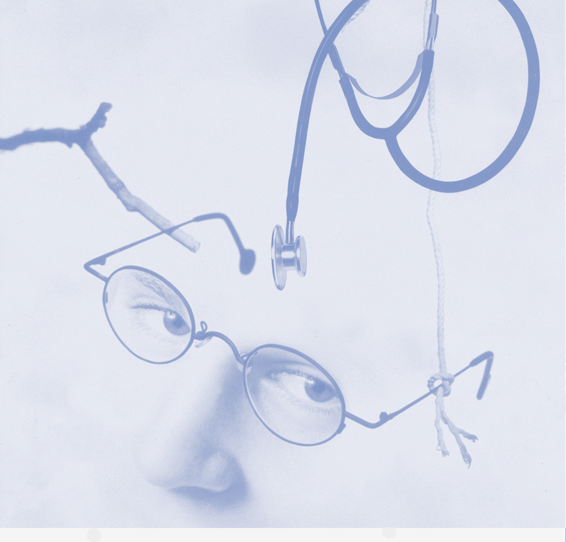
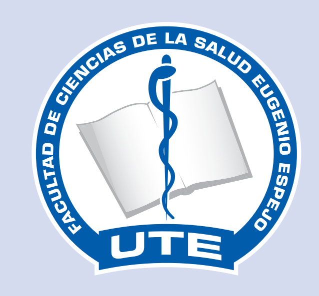


VIII

DESMITIFICANDO EL ERROR EN MEDICINA





Ricardo Hidalgo Ottolenghi,
Vinicio Navas Flores

DESMITIFICANDO EL ERROR EN MEDICINA

Ricardo Hidalgo Ottolenghi,
Vinicio Navas Flores

1. Introducción

El aforismo hipocrático *primum non nocere* (ante todo no hacer daño) ha guiado la práctica de la medicina y el desarrollo de la terapéutica farmacológica a lo largo de la historia. Sin embargo, a pesar de que los avances producidos en medicina y en terapéutica han modificado el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades, esta evolución ha ido acompañada de un incremento en la complejidad y en la especialización de la atención lo que ha provocado un aumento del riesgo de producir daños innecesarios en los pacientes.

Los errores asistenciales tienen consecuencias inaceptables para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, dañan la relación médico-paciente y afectan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima.

Se han abierto grandes brechas entre lo que se sabe y lo que se hace, entre lo que académicamente podría hacerse y lo que prácticamente puede hacerse y entre lo que se hace y lo que debe hacerse. A la luz de la Medicina Basada en Evidencias, constituyen errores lo que se hace y no debe hacerse y lo que no se hace y debe hacerse.



2. Magnitud del problema

En los últimos años se han publicado varios informes sobre seguridad del paciente y calidad de la asistencia sanitaria en distintos países y todos ellos han destacado el impacto sanitario de los errores de medicación y la necesidad de establecer prácticas de seguridad efectivas.

Entre ellos, es obligado hacer referencia al primero de una serie sobre evaluación y mejora de la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria que elaboró el *Committee on Quality of Health Care in America del Institute of Medicine (IOM)* en EE.UU., titulado: *"To err is human: Building a safer health system"*, el cual trascendió a la opinión pública, constituyendo el detonante que situó realmente a este problema en el centro del interés, no sólo de Estados Unidos, sino de otros muchos países. Este informe señala que los errores asistenciales ocasionan entre 44.000 y 98.000 muertes al año en los Estados Unidos, una mortalidad equivalente a la producida por un accidente aéreo diario y mayor que la causada por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el sida. Trata en extensión de los errores de medicación, por considerar que constituyen el tipo de error clínico más prevalente, y destaca que ocasionan más de 7.000 muertes anuales, superando a las causadas por los accidentes de trabajo, y que son responsables de 1 de cada 854 muertes en pacientes hospitalizados y de 1 de cada 131 muertes en pacientes no hospitalizados.

Cabe señalar que en 2007 se ha publicado el último informe de esta serie del IOM titulado *"Preventing medication errors"*, el cual enfatiza la elevada frecuencia de los errores de medicación, citando que un paciente hospitalizado puede sufrir una media de más de un error de medicación al día y que como mínimo ocurren 1,5 millones de acontecimientos adversos prevenibles cada año en Estados Unidos.

El modelo explicativo de la cadena causal de los errores mantiene que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas. En medicina una fuente permanente de error es la

ambigüedad de la información sea ésta de la historia clínica (información inducida o referida), del examen físico (información objetiva), de los datos auxiliares, de la interpretación de los procedimientos y resultados de los recursos terapéuticos (información subjetiva) y aún de la bibliografía y por fin de los fines buscados; sin olvidar que en la cadena de errores está inmerso todo el personal sanitario y… también los pacientes.

Otra de las causas (hasta el 80% de los errores demostrables) es la ausencia, pérdida o comunicación adecuada y hay reportes que indican que gran parte de las controversias atendidas pudieron prevenirse a través de una mejor comunicación en la relación médico-paciente.

En nuestro país, no se tienen datos acerca de cuál es el estado sobre los conocimientos, habilidades y actitudes que posee el médico en formación sobre la comunicación humana en el desarrollo de su profesión. Al respecto, hemos realizado una revisión exhaustiva en los currícula de las Escuelas y Facultades de Medicina de nuestro medio, y no encontramos cursos formales ni materias optativas que aborden el tema, limitándose el aprendizaje de los estudiantes a la vivencia que se tiene con los profesores de las fases clínicas y a los contenidos limitados del aprendizaje de la entrevista clínica en el abordaje clásico del estudio de la semiología. Sin duda, estos hechos hablan por sí solos de la necesidad sentida para que se incorporen temas relacionados con el error en medicina, desde las etapas iniciales de la formación y durante toda la carrera.

Hemos sido educados en una suerte de fundamentalismo de lo correcto y lo equivocado en el que persistimos en nuestros mecanismos de evaluación de los conocimientos con las pruebas de acierto-error o las de elección múltiple.

El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Luego se sumó la actitud de castigar al responsable del error suponiendo que este era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual y se lo debía considerar culposo.

Considerado el error como un producto de mala práctica y aceptada la noción de *infalibilidad médica* se pasó a ocultar el error, disimularlo con falsedades o transferir la propia responsabilidad a otro con lo cual se dejó de aprender del error.

3. Tratamiento del Error: al toro por los cuernos

Aquel viejo aforismo que reza que "hay que aprender de los errores" es una falacia, entre otras cosas porque dada la acepción que tiene el error en medicina, nadie comete errores, y si alguna vez se incurrió en uno, lo mejor es ocultar el pecado.

Es necesario que desde las aulas se aborde la necesidad de construir un sistema de salud más seguro y para ello estudiar la frecuencia con la que ocurren los errores, sus tipos, los factores que contribuyen a su cometimiento y cómo se puede garantizar mayor seguridad para los pacientes. Se completa el ciclo con los mecanismos de comunicación de los errores, la confidencialidad de esta información y finalmente las recomendaciones para mejorar la calidad de la medicina.

En el octavo semestre de la carrera y desde hace dos años y medio implementamos un curso formal de 20 horas con el objetivo de analizar la fenomenología del error, sus implicaciones y actores, así como reflexionar sobre los elementos básicos para desarrollar un programa de gestión de riesgos aplicado a la prevención de los errores de medicación en los niveles ambulatorio y hospitalario.

Se destaca la importancia de contar con el compromiso explícito del equipo directivo de los centros asistenciales para transformar la cultura de las instituciones, así como constituir un comité multidisciplinar integrado por farmacéuticos, médicos, enfermeras y

representantes del equipo directivo. A instancia nuestra, en breve se implementará el primer comité *ad hoc* en el hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito.

Un aspecto crucial es el de la comunicación. Insistimos en que el médico debe ser un buen comunicador, pero la comunicación médica no es sólo información, debe preocuparse de la comprensión y calmar la ansiedad del paciente y su familia, originada en la no comprensión o en la comprensión inadecuada de una información relativa a una situación grave o riesgosa.

El aprendizaje de la comunicación médico/paciente no debe ser abandonada a la intuición, debe aprenderse y evaluarse durante la formación. Nosotros insistimos en estos aspectos tanto en pregrado como en postgrado cada vez que se practican las habilidades y destrezas para elaborar una historia clínica.

Los estudiantes de medicina son la población más permeable a “comprar” estos conceptos, y además serán los médicos y docentes de las escuelas de medicina en un futuro próximo por lo que es mandatorio cambiar el modelo de formación tradicional que se ha convertido en cómplice de la criminalización de los errores en medicina al obviar e ignorar el problema en los currícula de pre y postgrado.

Una estrategia fundamental se centra en reconocer que los errores se producen porque existen fallos en el sistema y no solo por incompetencia o fallas de los individuos como ha sido el enfoque tradicionalmente utilizado en la práctica clínica. El enfoque centrado en el sistema trata de mejorar la seguridad modificando los procesos, los procedimientos y el entorno de los sistemas en que trabajan los profesionales, y no sólo la formación o competencia de los profesionales.

Este enfoque se basa en el modelo del “queso suizo” propuesto por Reason para describir las causas de la producción de accidentes, el cual postula que en los sistemas complejos los inci-

dentes resultan casi siempre de la concatenación de múltiples fallos y errores. Según este modelo, la asistencia sanitaria es un sistema complejo, con múltiples etapas, pero también con múltiples barreras de defensa. Los errores solamente alcanzan y pueden causar daño al paciente cuando todas las defensas fallan simultánea o secuencialmente, y el error penetra a través de todos los "agujeros" de las barreras de defensa del sistema.

Estos "agujeros" son por una parte fallos latentes que subyacen en el sistema, relacionados con la organización, procedimientos de trabajo, medios técnicos, condiciones laborales, etc., y que favorecen que ocurran los errores humanos o bien no son capaces de corregirlos. Por otra parte, están los errores activos o humanos de los profesionales que trabajan en estos sistemas. Cuando se presenta alguna circunstancia que propicia el que se produzcan errores humanos, como situaciones de urgencias, cansancio, etc., y estos se alinean con los fallos latentes, es cuando sucede el incidente. En consecuencia, castigar o eliminar al individuo "culpable" no va a modificar los defectos latentes del sistema y es probable que el mismo incidente vuelva a suceder otra vez. Por ello, desde esta perspectiva, se suele decir que cuando se produce un error no se debe tratar de buscar quién intervino en el mismo, sino que lo que interesa es analizarlo para identificar cómo y por qué se ha producido.

Utilizamos el "caso de las enfermeras de Denver" como un ejemplo para ilustrar este enfoque. *Figura 1.*

En octubre de 1996, en un hospital de Denver, ocurrió la muerte de un recién nacido debido a la administración por vía intravenosa de una dosis diez veces superior a la prescrita de penicilina-benzatina.

Como consecuencia de ello, tres enfermeras fueron llevadas a juicio con cargos de "homicidio por negligencia criminal". Michael Cohen y Judy Smetzer, del ISMP, realizaron un análisis sistematiza-

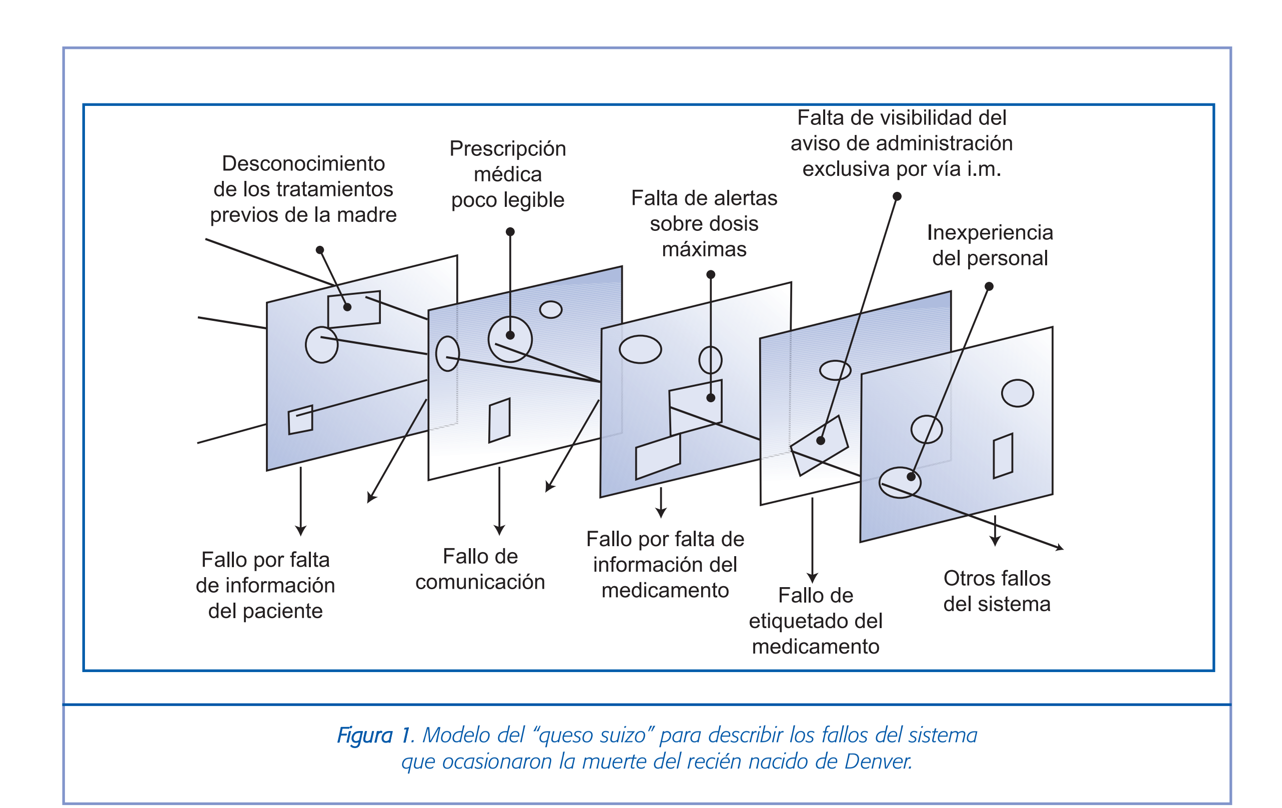


Figura 1. Modelo del "queso suizo" para describir los fallos del sistema que ocasionaron la muerte del recién nacido de Denver.

do del caso y encontraron que a lo largo del proceso de prescripción, dispensación y administración del medicamento, que había conducido a este trágico acontecimiento adverso, había más de 12 fallos de sistema. Los fallos eran, entre otros, los siguientes: falta de información clínica sobre la madre, falta de un programa de verificación de dosis máximas, etiquetado incorrecto de la especialidad farmacéutica y falta de información sobre administración de medicamentos en la unidad asistencial. Su informe llevó al jurado a exculpar a las enfermeras acusadas.

Otro caso hipotético también nos es útil: Un paciente ingresa en el hospital para ser intervenido quirúrgicamente. Presenta una alergia a un antibiótico que es anotada en su historia clínica. El cirujano no lee la información sobre la alergia y prescribe ese antibiótico una vez finalizada la intervención quirúrgica. El antibiótico es administrado por la enfermera. El paciente se despierta con un rash generalizado. Se reconoce el error, cesa la administración del antibiótico y el paciente se recupera completamente. Hasta aquí el problema.

Ahora supongamos el mismo caso pero que el paciente se despierta con un rash generalizado y respirando con dificultad. Se advierte el error, cesa la administración del antibiótico sinembargo el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria. A pesar de todos los esfuerzos, el paciente fallece… A partir de este enunciado, los estudiantes tienen que discutir los distintos escenarios así como sus desenlaces de un proceso muy similar pero que puede dar lugar a resultados diferentes, con distinto efecto en la población y aceptación desigual por la sociedad.

Los estudiantes tienen que reflexionar que detrás de cada error hay un drama humano que necesita comprensión y exige análisis. En consecuencia, el estudio de los errores en medicina tiene un abordaje a medio camino entre el análisis cualitativo del caso y el análisis epidemiológico. En el primer caso, buscando una atribución causal individual, apoyándose en disciplinas como la psicología y el análisis de sistemas y en la opinión de expertos,

soportando debilidades como los sesgos de percepción y arguyendo fortalezas como la flexibilidad y la comprensión; en el segundo, como aproximación colectiva buscando la asociación estadística para la atribución causal y el análisis probabilística sobre la frecuencia de estos errores en nuestro sistema sanitario.

Durante el curso nos aproximamos al síndrome del desgaste profesional *(burnout)*, y su relación entre la aparición de éste y el deterioro de la relación con los pacientes, cuya consecuencia es el conflicto y la reclamación.

Bibliografía

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital survey on patient safety culture. Sitio Web: http://www.ahrq.gov/qual/hospculture
2. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2007.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.
4. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. Qual Sat Health Care 2002; 11:340-4.
5. Dubé C, O'Donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. Acad Med 2000; 75:s45-s54.
6. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety-Making it happens! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5th April 2005. Sitio web: http://www.cpme.be
7. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires – Argentina. Seguridad del Paciente y Error en Medicina. Sitio web: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/
8. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Pridaux D. Changing face of medical curricula. Lancet 2001; 357:699-703.
9. Leape LL, Brennan TA, Laird NL, Lawthers AG, Localio R, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
10. Lester H, Tritter JQ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. Med Ed 2001; 35:855-61.
11. Mcnutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors. JAMA 2002; 207(15):1997-2000.
12. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clin (Barc) 2006; 126: 81-7.
13. Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farm Hosp 2000; 24: 258-66.

14. Reason J. Human error: Models and management. Br Med J 2000; 320: 768-70.
15. Shojania KG,Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. Med Clin N Am 2002; 86: 847-67.
16. Smetzer JL, Cohen MR. Lessons from the Denver medication error/criminal negligence case: Look beyond blaming individuals. Hosp Pharm 1996; 33: 640-57.
17. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2003 (Document NQFCR-05-03).
18. Woods D. Medical error: what do we know? What do we do? Br Med J 2002; 325:285.
19. Tritter LH. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. Med Ed 2001; 35:855-61.
20. World Health Organization. Quality of care: Patient safety. WHA55.18. Fifty-fifth World Health Assembly. Geneva, May 2002.Sitio web: www.who.int/multimedia
21. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Sitio web: www.who.int/patientsafety